# LES PARALYSIES OBSTÉTRICALES

PAR

Le Dr DAUCHEZ

G. STEINHEIL, Éditeur.

# LES PARALYSIES OBSTÉTRICALES

Par le **D^r Dauchez**, ancien interne des hôpitaux.

---

On donne, depuis les travaux de Duchenne de Boulogne, le nom de paralysies obstétricales à la perte du mouvement volontaire portant, isolément ou simultanément, sur le territoire de la 3^e ou de la 7^e paire crânienne ou du plexus brachial; parfois aussi, la paralysie affecte, bien plus rarement i est vrai, l'un des membres inférieurs du fœtus.

Deux cas peuvent se présenter : l'enfant naît spontanément sans qu'aucune manœuvre puisse être incriminée. L'accoucheur constate néanmoins une paralysie portant, par ordre de fréquence, sur la face, sur l'épaule, sur le membre supérieur, etc. C'est là, en effet, le type de la paralysie spontanée d'origine obstétricale qu'on observe dans certaines présentations de la face par extension du cou, par exemple, dans certains cas de compression des plexus; par circulaires du cordon, etc.; à la suite de contusions des nerfs axillaires ou circonflexes fortement serrés lors du dégagement des épaules dans la présentation du siège.

Dans d'autres cas, la paralysie succède à une violence exercée sur la tête (pression du forceps); à des manœuvres occasionnées par la tension (dégagement de la tête dernière); à des tractions exercées avec le doigt, recourbé en crochet, prenant point d'appui sur le plexus brachial au moment du dégagement des épaules.

Nous étudierons successivement ces deux ordres de paralysies en commençant par l'étude des paralysies spontanées moins connues que les paralysies traumatiques.

## I. — Paralysies obstétricales spontanées.

Sous le nom de paralysies obstétricales spontanées, nous distinguerons quelques-uns des troubles moteurs pouvant affecter les branches du nerf facial ou des plexus nerveux des membres indépendamment de toute intervention chirurgicale.

L'excessive rareté des nécropsies (l'observation de Danyau, citée plus loin dans les paralysies d'ordre traumatique peut seule nous renseigner à cet égard) permet tout au plus de soupçonner les désordres matériels le plus souvent réparables des paralysies obstétricales dites spontanées. Celles-ci, avons-nous dit, atteindront, suivant les cas, soit les branches extra-crâniennes du nerf facial, soit le nerf circonflexe par compression des épaules à travers un bassin rétréci; tantôt enfin la paralysie atteindra le plexus brachial (par extension du cou) plus rarement enfin le membre inférieur lors du dégagement avec traction des membres dans les présentations du siège.

1° Paralysie faciale. — Tantôt périphérique et tantôt centrale ou corticale, la paralysie faciale peut s'observer en dehors de toute intervention. C'est ainsi qu'on a cité des cas où le passage de la tête à frottement contre les parois rigides d'un bassin rétréci, soit au détroit supérieur, soit au niveau des tubérosités ischiatiques, a pu entraîner à sa suite la parésie faciale, rarement persistante.

Parfois même, la simple inclinaison du sommet suffirait, suivant Roulland, à provoquer la paralysie faciale attribuée par Nadaud au séjour prolongé de l'extrémité céphalique comprimée entre les parois de l'excavation pelvienne. En général, la guérison s'est produite à bref délai, sauf dans le cas de Kennedy rapporté plus loin.

2° PARALYSIES DU PLEXUS BRACHIAL ET DES NERFS CIRCONFLEXES. — Dans d'autre cas, la paralysie apparaît spontanément encore ; mais au lieu d'atteindre les muscles de la face, elle frappe un ou plusieurs muscles du membre supérieur. La paralysie est alors la conséquence d'un accouchement long et laborieux. Comme dans l'observation de Jacquemier rapportée plus loin, il est noté que le travail a été « long et pénible » ; ou bien encore par suite de la présentation de la face suivie d'extension notable du cou, le travail déjà long est retardé et la paralysie vient à se produire. Le deltoïde est-il seul pris (observation Jacquemier), *les mouvements de la main et de l'avant-bras continuent à s'exercer librement*. C'est ce qui ressort très nettement de l'observation de Jacquemier, de Stapfer et de Smellie, bien que cette autorité ait paru croire à la compression du forceps sur la face « tuméfiée ». Dans le cas de Smellie, l'enfant se présentait en mento-iliaque droite antérieure. Le travail avait été long.... et les épaules avaient été *longuement comprimées*. Que faut-il de plus pour expliquer la paralysie d'une ou de plusieurs branches du plexus brachial? Indépendamment du forceps dont les branches ont pu atteindre les parties latérales du cou, l'extension forcée des racines nerveuses due à la présentation de la face, enfin et surtout la compression, suffisent à expliquer la paralysie observée.

Ajoutons que tous les muscles du bras, y compris la main, peuvent participer à la paralysie momentanée du membre. Nous disons *momentanée*, parce qu'elle est la *règle*, bien qu'il existe des *exceptions*, témoin l'observation de monoplégie brachiale citée par le Dr Dauchez, dans laquelle la monoplégie fut attribuée au dégagement des épaules par le doigt recourbé en crochet.

Dans ce cas fort intéressant mais très obscur, il est impossible de savoir si l'impotence fonctionnelle était due à la paralysie du deltoïde ou à la luxation, conséquence indirecte de l'intervention malencontreuse de l'accoucheur dont les

doigts ont sans doute fait levier dans la cavité axillaire.

3° Paralysies des membres inférieurs. — L'observation de Litzmann (rapportée par Roulland), nous montre, indépendamment de toute manœuvre (sauf quelques tractions répétées), au niveau des membres inférieurs un fait de paraplégie qui peut avec raison être attribuée aux tractions violentes exercées sur le rachis ou sur le segment inférieur de la moelle lombaire. Nous trouvons en effet noté dans le fait de Litzmann, l'abolition des réflexes, la flaccidité *des jambes*, la paralysie vésicale et intestinale, suivie à brève échéance de pied bot, varus équin.

Avant de rapporter les observations dont nous avons eu connaissance, il n'est pas sans intérêt d'attirer l'attention sur quelques formes spéciales de paralysies récemment décrites qui, pour être rares chez l'enfant nouveau-né, ont été pourtant observées. Telle est la paralysie de Erb (observation XXV), la paralysie du facial supérieur, l'atrophie deltoïdienne compliquée de luxation (obs. XXI) et certaines paralysies persistantes.

En résumé, *les 24 cas* relatés dans le cadre de ce travail peuvent être répartis ainsi qu'il suit :

1° Paralysies spontanées :

| | | |
|---|---|---|
| 16 cas | Par rétrécissement du bassin | 4 cas. |
| | Par présentation de la face . | 3 cas. |
| | Par accouchements laborieux | 9 cas. |
| Terminaison | Guérison. . . . . . . . | 9 fois. |
| | Persistance d'accidents | 3 fois. |
| | Morts. . . . . . . . . . | 2 fois. |
| | Résultats inconnus. . | 2 fois. |

2° Paralysies traumatiques :

| | | |
|---|---|---|
| 9 cas | Application de forceps. . . . | 5 cas dont un douteux. |
| | Manœuvres de la version . . | 3 cas. |
| | Tractions obstétricales. . . . | 1 cas. |

## II. — Paralysies obstétricales traumatiques.

L'étude de ces paralysies devant être poursuivie après l'étude des paralysies survenues spontanément, nous n'insisterons pas ici sur la pathogénie de ces troubles moteurs.

Obs. I. — Thèse de Roulland (1887) communiquée par M. Budin, rédigée par M. Legry, interne de service. — Le 5 juin 1887, à 8 heures, Mathilde Pag..., primipare, âgée de 26 ans, accouche à terme d'un enfant du sexe féminin pesant 3,450 gr. Le travail a duré 25 heures.

On trouve à la palpation un fœtus en occipito-iliaque gauche antérieure. Au toucher, on ne trouve pas le sommet engagé, l'orifice utérin est très reporté en arrière, le col est effacé, les membranes sont intactes Le diamètre promonto-sous-pubien égale 10 cent. 1/2.

A une heure, la tête est fixée au détroit supérieur. La suture sagittale est dirigée suivant le diamètre transverse, elle est très rapprochée du promontoire et on ne l'atteint qu'avec peine en contournant le pariétal extérieur qui chevauche sur le postérieur.

A deux heures, la tête est engagée. La suture sagittale est encore située très en arrière près du sacrum.

A cinq heures, dilatation de 8 centim.

A six heures 1/2, la dilatation est complète. La tête est en occipito-pubienne.

L'accouchement n'a lieu qu'à 8 heures et demie. La tête examinée aussitôt, présente une déformation des plus marquées. Une bosse séro-sanguine volumineuse siège sur la partie supérieure et postérieure du pariétal droit. Elle masque l'extrémité postérieure et la branche droite de la suture sagittale, la fontanelle postérieure et la branche droite de la suture lambdoïde. Le pariétal droit chevauche en arrière sur l'occipital; en avant sur le frontal, en bas sur le temporal, en haut sur le pariétal du côté opposé.

Le pariétal gauche aplati offre une surface presque plane étendue de la suture sagittale à la base du crâne.

Sur le pariétal gauche, à un centimètre en avant de la suture fronto-pariétale, existent, l'une au-dessus de l'autre et séparées par un intervalle de 5 millimètres environ, deux plaques d'un gris jaunâtre, qui paraissent résulter de la longue compression à laquelle cette région a été soumise au niveau du promontoire.

Sur l'extrémité postérieure du pariétal droit, on remarque deux érosions superficielles.

Le lendemain matin aplatissement du pariétal gauche. Les deux plaques jaunâtres du cuir chevelu sont entourées d'une zone rougeâtre. La paupière supérieure est œdématiée.

Au moment *où l'enfant crie, on constate qu'il a une paralysie faciale du côté droit, paralysie très marquée.* Pendant les cris, *la bouche est très fortement tirée sur la gauche.*

Cette paralysie est *limitée au facial inférieur, l'orbiculaire des paupières* a conservé son fonctionnement : *la langue n'est pas déviée ;* les membres supérieurs et inférieurs ne sont ni paralysés, ni parésiés. L'excitation avec une épingle provoque des cris.

7 juin. La paralysie faciale paraît moins accentuée; mêmes caractères qu'hier.

Le 9. L'œdème de la paupière gauche a considérablement diminué.

La paralysie faciale a un peu diminué ; le pariétal gauche est encore aplati.

DIMENSIONS DE LA TÊTE

| | | |
|---|---|---|
| *Diamètre :* | Occipito-frontal | 12 |
| | Occipito-mentonnier | 13 1/2 |
| | Sous-occipito-bregmat | 9 1/2 |
| | Bipariétal | 9 1/2 |
| | Bitemporal | 8 1/2 |

Le 13. Paralysie diminuée, l'enfant a du muguet.

Le 19. Muguet très diminué. Paralysie faciale encore perceptible ; mais à un degré beaucoup moindre.

Le 20. Muguet totalement disparu. Paralysie faciale à peine appréciable au moment des cris.

La mère sort le 22 avec son enfant. Le pariétal gauche est toujours légèrement aplati ; il n'y a plus de trace de paralysie faciale.

Obs. II. — Thèse de Roulland, 1882, p. 23. *Accouchement normal chez une secondipare, bassin légèrement aplati, paralysie faciale, périphérique gauche. Guérison rapide.* — Femme M..., secondipare, entrée le 2 avril. (Pavillon Velpeau. Service de M. Bouilly.) En travail depuis 10 heures du matin.

A 9 heures, tête bien engagée, encore un peu haut, flexion incomplète. G. A. Travail régulier. Durée totale du travail près de 15 heures.

Agée de 21 ans, la malade a toujours été bien portante. Elle a eu un premier enfant, mort pendant le travail. Pas de syphilis. Cuisses légèrement arquées, bassin légèrement aplati. L'enfant pèse 3040 grammes. Diamètre promonto-sous-pubien mesure 10c 1/2.

Aussitôt après l'accouchement, on remarque une déviation très nette du visage. On peut constater une paralysie faciale très nette. *Paralysie faciale gauche.* L'œil gauche reste ouvert et les traits sont tirés à droite.

Pas de déviation apparente de la langue et de la luette. *A gauche, petite traînée rougeâtre sur la peau de la tempe et dirigée de haut en bas et un peu d'arrière en avant.*

Les diamètres de la tête sont :

| | |
|---|---|
| Diamètre maximum | 13,8 |
| Occip.-mentonnier | 13,3 |
| Occipito-frontal | 11,5 |
| S.-o.-B | 9,5 |
| Bipariétal | 9,2 |
| Bitemporal | 8 |

La succion n'est que peu gênée. Cependant il s'écoule un peu de lait par la commissure gauche.

Le second jour, la paralysie paraît accentuée.

Le 3e jour. L'œil est un peu moins ouvert.

A partir du 5e jour, la paralysie diminue assez rapidement pour que, le dixième, l'enfant puisse partir avec sa mère sans rien présenter d'anormal dans sa physionomie.

Obs. III. — Kennedy (Dublin, 1836). *Paralysie de la 3e paire gauche. Comp. par le pubis.* — Enfant très faible, né le 14 novembre 1836. Durée du travail, 15 heures.

Le temporal gauche paraît enfoncé ; sur le côté gauche, il existe une dépression évidente, sans lésion des téguments. L'œil gauche est fermé, la pupille dilatée et insensible à la lumière.

Le lendemain, *convulsions de tout le côté gauche du corps.* Le côté droit reste inerte, mais l'enfant tombe dans le coma.

Le 4e jour. Convulsions à gauche. Coma.

Le 9e jour. Les yeux sont beaucoup mieux, l'enfant tette volontiers, mais il ne peut encore se satisfaire complètement à cause de la faiblesse de ses muscles. La tête a repris son aspect ordinaire. En somme : *Paralysie grave. Convulsions. Guérison.*

Obs. IV. — Thèse de Nadaud (1872). *Paralysie spontanée du nerf facial. Enfant nouveau-né.* — Femme de 18 ans, primipare. Premières douleurs le 12 février 1871. Rupture des membranes 13 heures après (en O.I.G.A.). Délivrance naturelle. Bassin normal. L'enfant pèse 3180 gr.

Aussitôt après la naissance, on constate une hémiplégie faciale gauche (face immobile, œil ouvert). Sensibilité intacte du côté paralysé. Succion possible; pas de déviation de la luette et de la langue.

Le 15 février, 9e jour. Diminution de la paralysie.

Le 2 mars. La mère et l'enfant sortent; l'enfant est guéri depuis plusieurs jours.

Le mécanisme de la paralysie échappe ici absolument, car la pression sur l'angle sacro-vertébral est nulle, la tête plongeant dans l'excavation du petit bassin chez les primipares avant la fin de la grossesse. Peut-être y a-t-il eu *obliquité de la tête*, en d'autres termes, inclinaison de la présentation, mais encore, dans cette hypothèse, la compression nous paraît problématique. Enfin le travail (19 heures) n'a pas eu une durée excessive.

Obs. V. — Thèse de Roulland (1877). *Accouchement normal chez une primipare. Présentation inclinée du sommet. Hémiplégie gauche faciale spontanée. Guérison rapide.* — Octavie W..., primipare, 17 ans, sans rachitisme. Grossesse normale, durée du travail 15 heures. O.I.G.

La tête à été arrêtée pendant quelques heures au détroit supérieur par l'inclinaison du sommet constatée au toucher Le doigt, en effet, trouve la suture sagittale très profondément en arrière.

Le lendemain, on remarque, pendant les cris de l'enfant, que la bouche est de travers et les traits tirés à droite, *l'œil gauche est à moitié ouvert et ne reste pas fermé quand on abaisse la paupière.* La langue ni la luette ne paraissent déviées. Pas de paralysie des membres. *Le lendemain* la paralysie s'atténuait. Le 4e jour, elle a disparu complètement.

Obs. VI. — Thèse de Roulland (1887). *Paralysie faciale gauche spontanée. Compression probable au détroit inférieur.* (Kennedy. *Dublin Journal*, 1836.)

G...B. — Travail difficile. Tête de l'enfant séjourne plusieurs heures dans le bassin.

A la naissance on trouve, sur le pariétal gauche, une plaie gangreneuse large de 3 à 4 centim. La commissure de la bouche est tirée du côté droit, quand l'enfant est en repos, quand il crie, la ace est presque tordue ; l'aile du nez se dilate moins ; l'œil gauche reste continuellement ouvert.

La bouche recouvre en partie son aspect normal quand l'enfant est au repos, le front du côté malade n'est pas plissé. L'enfant bien portant du reste, partit de l'hôpital dans cet état.

En résumé : *Compression ischialique du pariétal, plaie gangréneuse suivie de paralysie*. Fait rare.

Obs. VII. — Thèse de Roulland (1887, p. 35). Rapportée par Hamon de Fresnay. *Paris médical*, 1881. — Présentation du siège S.I.G. Dégagement facile du tronc et des bras. Dégagement difficile de la tête dernière, malgré la flexion opérée à l'aide du doigt sur le maxillaire inférieur. L'enfant, né asphyxique, se ranime et respire.

Le lendemain, convulsions et *paralysie de l'orbiculaire gauche* par lésion centrale, etc. et peut être stase sanguine.

Obs. VIII. — Jacquemier. *Manuel des accouchements*, 1846. *Paralysie spontanée du deltoïde par compression du nerf axillaire.* — Un enfant fort et bien constitué, né après un travail assez long et assez pénible, offrit, aux personnes chargées de le soigner, une différence entre les deux membres supérieurs.

M. Jacquemier l'examina. Les deux bras étaient également développés, mais le droit était pendant et rapproché du tronc. Le moignon de l'épaule paraissait affaissé et moins arrondi ; le bras soulevé retombait inerte par contraste avec le membre opposé. *Les mouvements de la main et de l'avant-bras s'exerçaient librement*, sans que le bras y prit part autrement qu'en se portant un peu en avant ou en arrière,

20 jours après, la paralysie avait complètement *disparu* ;

Réflexion : *Exemple rare de paralysie deltoïdienne obstétricale isolée.*

Obs. IX. — Communiquée par mon ami le Dr Stapfer, chef de clinique adjoint de la Faculté à la Cl. d'acc. (personnelle et iné-

dite). — Enfant de 3 jours, né à la Clinique au mois d'août 1886. *En présentation de la face.*

Le lendemain de sa naissance, on remarque l'immobilité du bras gauche, qui est inerte. L'accouchement s'étant fait spontanément sans tractions ni manœuvres, on admit que la monéplégie était due à l'extension forcée du cou, avec extensions des racines du plexus brachial. Pas de douleur à la pression. Sensibilité conservée 25 jours après et sans aucun traitement, sauf l'enveloppement ouaté de l'épaule. L'enfant agite librement son membre.

Obs. X. — Thèse de Roulland (1887, p. 76). Marie G..., née le 2 mai 1886. Maternité de Cochin (service de M. Bouilly) en O.I.G.A. présente quelques particularités en venant au monde. A savoir Lenteur extrême dans le dégagement de la tête.

Enfin la tête sort ; mais la base du cou est fortement serrée *par un circulaire qu'il fallut couper. tant il était serré.*

Le deuxième jour, on constate une paralysie des deux bras ; les jambes sont libres ; mouvements communiqués faciles et sans douleur.

Bras pendant, en rotation en dedans ; coude un peu écarté du tronc, sensibilité parfaitement intacte.

| | | |
|---|---|---|
| *A gauche*... | Deltoïde......... | Répondent faiblement aux courants indirects. |
| | Sous-épineux..... | |
| | Brachial antér. .. | |
| | Coraco-brachial... | Se contractent sous l'influence des courants continus. |
| | Sous-supinateur.. | |

*A droite.* — Deltoïde et sous-épineux, répondent mal à l'élément électrique.

Les autres membres réagissent bien.

Le 6e jour. Amélioration de tous les muscles, sauf le deltoïde.

Le 7e jour. Fièvre violente. Hémorrhagie très abondante.

Le 10e jour. L'enfant succombe sans être guéri de sa paralysie deltoïdienne.

Autopsie : Cerveau diffluent sans hémorrhagie.

Moelle intacte à l'œil nu, sans hémorrhagie.

Pas d'hémorrhagie musculaire.

Pas d'altération des racines du plexus brachial.

Donc : *Compression pure et simple par le cordon.*

Obs. XI. — Litzmann. Contribution à la paralysie spinale chez

les nouveau-nés. *Arch. für Gyn.* — Une dame a neuf grossesses de plus en plus difficiles; présentation du siège, de l'épaule. A sa dernière grossesse, accouchement difficile : présentation du siège avec procidence des membres inférieurs, enroulement du cordon autour du tronc, tractions répétées pour faire passer le siège, dégagement de la tête pénible.

L'enfant est ranimé par un bain chaud; mais, dès le soir, son état devient inquiétant ; quelques convulsions ; raideur des bras, respiration entrecoupée, puis flaccidité des jambes, de la paroi thoracique, ventre ballonné, paresse de la vessie et du rectum.

Au bout de 10 jours, quelques réflexes reparaissent dans le pied droit, puis dans le gauche (au moment de l'accouchement les pieds procidents réagissaient bien au chatouillement). Puis les membres inférieurs, l'intestin et la vessie deviennent moins flasques. Un pied se place en équin. Les progrès se font lentement et graduellement. Bon état des troubles trophiques.

*Examen électrique* par Eirenbach. — La contraction faradique directe et indirecte se fait par places. Les troubles ne sont pas absolument symétriques.

La contraction galvanique, dans les territoires correspondants est nulle pour les nerfs, affaiblie pour les muscles et pervertie légèrement, les autres territoires sont à peu près normaux.

Malgré un traitement électrique institué par le spécialiste (courants faradiques) il ne se fait pas de progrès dans les muscles qui sont paralysés d'une façon absolue. Les autres, au contraire, recouvrent progressivement leur activité et leurs mouvements deviennent plus faciles.

Obs. XII. — Valleix. *Clinique des maladies des nouveau-nés.* Atteinte d'une tumeur sanguine occupant tout le sommet de la tête, une petit fille déposée la veille à l'hospice des Enfants-Trouvés et née à l'hôpital St-Louis dans la nuit du 16 au 17. L'accouchement se fit *sans forceps, seulement l'enfant resta longtemps au passage.* Elle ne naquit point asphyxiée, car la mère l'entendit crier quelques instants après sa sortie. Le céphalématome est considérable.

Enfant bien développé, chairs fermes et résistantes. *La moitié gauche de la face et du reste du corps est paralysée* (commissure droite des lèvres fortement tirée pendant les cris). Pendant les

mouvements respiratoires, l'aile gauche du nez est la seule qui se dilate et se remue. Si l'on rapproche l'enfant d'une lumière vive, il n'apparaît de rides au front que du côté droit. La paupière supérieure gauche ne peut se fermer complètement. La joue est flasque, sans mouvement et un peu œdématiée. La déglutition est facile. La paralysie du reste du corps est moins complète et d'autant moins marquée que l'on s'éloigne des parties supérieures.

A gauche, le bras se meut très lentement, l'avant-bras se fléchit à peine sur le bras. Les doigts se rapprochent très faiblement et la cuisse demeure presque toujours étendue, et il suffit des plus légers efforts pour s'opposer aux contractions imparfaites qui ont lieu de ce côté. Il ne semblait y avoir aucun trouble des sens.

Pendant 4 à 5 jours, traitement nul. Applications résolutives, puis incision de la bosse sanguine.

Le 25 novembre, la suppuration s'établit au lieu d'incision; malgré des sangsues, des applications d'onguent mercuriel, l'hémiplégie persiste.

Le 2 décembre, la paralysie a disparu, sauf peut-être un peu moins de forces à gauche.

40 jours après la naissance, la commissure gauche seule est encore un peu déviée. Sur ces entrefaites, l'enfant est pris de pneumonie et meurt le 4 février.

Autopsie. — A la bande de la couche optique, et au point d'union avec le corps strié, on trouve une déchirure de la substance cérébrale présentant l'aspect d'un sillon courbe placé horizontalement, sillon d'une ligne et demie à son centre, long de quatre lignes. Le sillon est rempli de caillots, libre d'adhérences. Au pourtour de ce sillon, et dans l'étendue de quelques lignes seulement, la substance cérébrale est molle, jaune bleuâtre, le jaune même s'irradie en décroissant de tout le corps strié, jusqu'à la couche optique. Un piqueté sanguin existe autour de ce foyer. Le cerveau est sain partout ailleurs.

Obs. XII *bis* (personnelle). Rédigée d'après mes notes et celles de M. Baudoin, interne du professeur Fournier (hôpital St-Louis. salle Henri IV, n° 8). — Marie M..., née le 25 avril 1888, chez une sage-femme voisine de l'hôpital St-Louis, est un enfant de belle apparence, vigoureuse, criant bien et tetant bien malgré la paralysie faciale congénitale pour laquelle sa mère venait incidemment

demander conseil. La mère est manifestement syphilitique. Elle porte à la grande lèvre gauche une syphilide ulcéreuse, à la commissure buccale et sur l'amygdale des syphilides muqueuses.

Cette femme, *dont l'accouchement s'est fait spontanément, rapidement, sans forceps, sans tractions violentes* (les douleurs prenant *à* 10 *heures du soir, n'ont été fortes qu'à* 1 *heure du matin pour finir à* 2 *heures*. Cette femme, disons-nous, raconte que l'hémiplégie faciale de son jeune enfant a paru le lendemain de la naissance (26 avril). La sage-femme en fut frappée et lui signala « cette drôle de grimace ». En effet, l'enfant vient-il à crier, la commissure gauche est violemment attirée en dehors, tandis que le côté droit est inerte ; la paupière droite également inerte ainsi que le front, ne ferme à peu près complètement l'œil que lorsque l'enfant dort. A l'état de veille l'œil est toujours entr'ouvert. Depuis lors l'hémiplégie persiste très nette, très complète, sans paralysie des membres ni de la langue. Les pupilles sont égales.

Malgré l'inocclusion des lèvres, la paralysie n'empêche pas l'enfant de teter. Cependant, au niveau du bord interne du pariétal gauche, on observe une saillie longitudinale antéro-postérieure, comme si le pariétal correspondant était soulevé par une production sous-jacente.

L'enfant ne porte aux lèvres, ni dans la bouche, aucune trace de syphilis. Il n'a rien à l'anus, n'a jamais eu ni pemphigus, ni roséole, etc. D'ailleurs *son hémiplégie est congénitale*. Par contre, il est porteur d'un écoulement des deux oreilles ; mais celui-ci ne remonte qu'à huit jours (soit au 5 juin 1888). Il est donc bien postérieur à l'hémiplégie. Les viscères (foie, rate) et l'intestin ne présentent rien d'anormal. Les os ne sont pas altérés, ni déformés. La mère n'a subi aucun traumatisme pendant sa grossesse. Elle est à sa seconde grossesse et ses deux enfants, forts et vigoureux, ont toujours été mis au monde sans difficulté. Pendant sa grossesse, elle avait fait plusieurs chutes sur le siège.

En somme, il s'agit ici, non d'hémiplégie faciale syphilitique, mais d'hémiplégie congénitale ; peut-être obstétricale sur laquelle la sage-femme n'a pu s'expliquer. Malgré des frictions quotidiennes à l'onguent mercuriel (1 gr.) la paralysie persiste encore aujourd'hui, 2 mois 1/2 après la naissance. Il est à penser qu'il s'agit, ici, d'un épanchement sanguin sous-jacent au crâne, comme sem-

ble le prouver la partie crânienne et l'hémiplégie faciale opposée. D'ailleurs pas de convulsions.

Obs. XIII. — Kennedy. Citée par Roulland, p. 140 (résumée). — Grosse tumeur sur la tête à droite, surtout sur le vertex, avec excoriation du côté gauche. L'œil gauche est clos : l'œil droit est ouvert.

Le côté *gauche du corps est complètement paralysé*. Pupilles immobiles à la lumière.

*Paralysie obstétricale spontanée. Hémiplégie alterne. Guérison.*

Obs. XIV. — Mac Nutt. — *Americ. Journ. of Obstetr.*, 1883, p. 73. Cité par Roulland. — Femme bien portante, travail long pendant 15 heures. A la suite, l'enfant présente des convulsions bilatérales dans la face et les extrémités; mouvements disséminés dans le côté gauche.

Le 5e jour, paralysie apparente de l'œil gauche qui reste ouvert. Les membres du côté droit sont contracturés pendant cette période. Diarrhée, émaciation. Resp. Cheyne-Stockes. Mort.

Autopsie. — Ventricules pleins de liquide et diminution de consistance de l'hémisphère gauche. La surface de l'hémisphère est déprimée, flasque et, par places, les circonvolutions sont détruites par *les caillots*, ceci étant particulièrement remarquable sur la frontale ascendante et les circonvolutions pariétales. La substance cérébrale de ces régions étant détruite, le corps strié contenait une masse rousse de consistance ferme.

Obs. XV. — Duchenne (de Boulogne) (Obs. XLIII). — *Paralysie de cause cérébrale du membre supérieur droit. Paralysie atrophique du même côté, des muscles animés par le nerf cubital et des muscles radiaux datant de la naissance. Cas extrêmement complexe, difficile à classer.* — En 1855, je fus appelé, par M. Hérard, en consultation pour un jeune homme âgé de dix ans et dont la main droite était déformée ; cette main, moins développée que la gauche, avait la forme d'une griffe beaucoup plus prononcée dans les deux doigts dont les dernières phalanges étaient fléchies sur la première. Les muscles des espaces interosseux et des éminences étaient atrophiés. La main était dans une flexion continue sur l'avant-bras et un peu dans l'abduction. Quand on

voulait la relever et la porter au dehors, on éprouvait un obstacle mécanique qui s'opposait à ce mouvement et cet obstacle paraissait dépendre de la contracture du muscle cubital antérieur et de la formation de l'articulation radio-carpienne.

Les mouvements du membre supérieur droit étaient exécutés faiblement, difficilement et incomplètement. Cependant les muscles du bras et de l'épaule n'étaient pas atrophiés. Tous les mouvements volontaires du membre supérieur droit provoquaient des spasmes réflexes dans les muscles de ce membre, comme on l'observe dans la paralysie cérébrale. A l'exploration électro-musculaire, je trouvai que la contractilité était très affaiblie dans les muscles animés par le nerf cubital et dans les muscles radiaux, tandis qu'elle était normale dans les autres muscles.

Ainsi, voilà une paralysie du membre supérieur qui présente des caractéres propres à la paralysie de cause cérébrale et ceux qui distinguent la paralysie atrophique par lésion des nerfs dans les muscles de la main et dans quelques muscles de l'avant-bras. c'est-à-dire que cette paralysie offre la réunion dans un même membre, des troubles fonctionnels occasionnés par deux maladies différentes.

L'histoire des antécédents démontre en effet que ces deux maladies ont existé.

Cet enfant est né dans des circonstances fâcheuses, Il s'était présenté par l'épaule, le cordon ombilical était enroulé autour de son cou. L'accouchement de sa mère à été long et laborieux. Il est né menacé d'asphyxie et il a été rappelé difficilement à la vie; puis il avait eu le cubitus fracturé près de l'articulation du coude. Après sa naissance, il n'a pas remué le membre supérieur droit. On ne voyait pas de différence, quant à la forme entre les deux côtés; mais en quelques mois, *la main* est arrivée progressivement à sa déformation actuelle. Le membre de ce côté s'est moins développé. Puis, sous l'influence du temps et de soins très variés, le bras droit a retrouvé quelques mouvements compliqués, comme je l'ai dit, de contractions réflexes.

Obs. XVI. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (1887, f. 169). Citée par Hutinel (Th. inaug., 1885). — Une femme rachitique qui présentait un rétrécissement de 8 millim. 1/2 est accouchée par le forceps. L'enfant arrive à l'état de mort apparente

et revient lentement à la vie. Son cri à peine perceptible est enroué et presque aphone. *Le globe oculaire gauche fait une forte saillie* sous les paupières entr'ouvertes. Toute la conjonctive bulbaire est infiltrée de sang, la figure est grimaçante; *la moitié droite de la face est paralysée*. Les membres supérieurs et inférieurs de ce côté, sont animés de petits mouvements convulsifs intermittents. Dans l'intervalle, d'ailleurs très court des convulsions, il paraît évident que *les os et la jambe sont plus flasques de ce côté que du côté opposé*. L'extrémité libre de la cuiller gauche du forceps appuyant à faux sur la bosse fronto-pariétale (l'instrument n'embrassait pas exactement la tête du fœtus suivant le diamètre bipariétal; la branche droite était appliquée au niveau de l'oreille et très près du cou), les os très durs ont cédé à ce point. Il existe un enfoncement recouvert en partie par une bosse sanguine qui correspondrait, d'après un croquis de M. Féré, à la partie postèrieure des trois circonvolutions frontale et au tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante. On relève les os enfoncés avec un tire-fond. L'enrouement et l'aphonie cessent. Le cri de l'enfant devient excellent, les convulsions ne se reproduisent plus, l'exophtalmie disparaît, et le lendemain, on ne constate plus qu'un peu de paralysie faciale. *Il est difficile de juger si l'affaiblissement musculaire* existe encore à droite du côté des membres.

M. Hutinel ajoute à cette observation, recueillie par Tapret, les réflexions suivantes :

« Je ne saurais y voir, comme M. Lucas-Championnière, un « exemple de paralysie consécutive à une lésion des centres mo- « teurs encéphaliques. » La branche droite du forceps, appliquée au niveau de l'oreille et très près du cou, portait juste sur l'émergence du facial et devait le comprimer. Je regarde donc cette paralysie faciale qui a persisté quelques heures après la disparition de tous les autres accidents, comme une paralysie périphérique et non comme une paralysie centrale.

Plus loin M. Hutinel ajoute :

« La paralysie des muscles a semblé si peu nette et il est si « difficile de la reconnaître chez le nouveau-né, surtout quand il « est dans la résolution, que je n'en tiendrai aucun compte.

Cette conclusion ne nous paraît pas justifiée.

## Paralysies obstétricales traumatiques.

(CAUSES ET NATURE)

La pathogénie des parésies traumatiques est d'une étude relativement facile. Trois cas peuvent se présenter : La paralysie succède à une application du forceps, aux manœuvres de la version podalique, au dégagement des épaules par traction des doigts recourbés en crochet.

*S'agit-il du forceps,* comme dans les cas rapportés par Danyau, Guéniot et Roulland, les cuillers, profondément enfoncées sur les parties latérales du cou, vont, par leur extrémité mousse, contusionner le plexus brachial en laissant parfois d'assez fortes contusions des téguments, preuve irrécusable de l'excès de pression.

L'autopsie démontre alors la congestion d'une ou de plusieurs branches dudit plexus dont la teinte ardoisée tranche alors avec le blanc mat des plexus voisins.

La version doit-elle être incriminée, comme dans le cas de Bailly cité plus loin, la paralysie reconnaît pour origine, tantôt des pesées excessives exercées sur les épaules, tantôt la procidence du membre hors de la vulve. La tuméfaction du bras et les tentatives répétées d'extraction nécessaires en pareille circonstance sont autant de conditions favorables à la production de ces troubles moteurs. Dans le cas de Bailly l'atrophie du membre fut la conséquence de la névrite traumatique du plexus branchial. Reste enfin la paralysie par dégagement des épaules au moyen du doigt recourbé ou du crochet mousse. La lecture des observations révélera la pathogénie de ces divers troubles moteurs.

Obs. XVII. — *Paralysie du bras chez un nouveau-né.* Danyau. *Bulletin Soc. chirurg.*, 1851, p. 148. (*Forme hémiplégique*) *forceps. Autopsie.* — Femme primipare, albuminurique, en travail depuis 24 heures, est prise d'éclampsie qui nécessite l'intervention immédiate. Tête en O.I.D.P. Deuxième attaque pendant qu'on préparait le forceps. L'occiput fut dégagé en arrière, la face en

avant. L'enfant pesait 3 kilog. 325 gr. Naquit en état de mort apparente et fut bientôt ranimé.

La tête fut un peu plus difficilement extraite que dans les cas simples.

Trente-six heures après sa naissance il respirait, etc..., *mais il ne tetait pas,* il y avait *à la fois hémiplégie incomplète faciale gauche et paralysie du bras gauche.*

Le membre supérieur gauche pend immobile, avant-bras en pronation, doigts demi-fléchis, retombe inerte, flexion de l'avant-bras sur le bras suivie aussitôt de l'extension passive. L'enfant sent bien et cherche à élever l'épaule du côté paralysé quand on le pince.

*Sur la partie latérale gauche du corps, légère eschare* le long du bord externe du trapèze. Elle avait été produite par la branche droite du forceps, ayant *serré la tête défléchie et inclinée,* et ayant *comprimé le plexus brachial* ainsi que *le facial* à sa sortie du crâne.

Autopsie. — 1) Céphalématome sur le pariétal gauche.

2) Suffusion sanguine à la surface de l'hémisphère droit en arrière.

3) Oblitération complète du trou de Botal.

En outre : *Plexus brachial.* Depuis son origine jusqu'au dehors des scalènes, les branches qui concourent à la formation du plexus présentent une teinte sanguinolente qui ne disparaît nullement au frottement. Au delà des scalènes, les nerfs ont leur couleur normale.

Les tissus qui environnent *le facial,* au moment où il sort du trou stylo-mastoïdien pour aller s'enfoncer dans la glande parotide, sont ecchymosés. Le nerf lui-même est injecté dans cette partie de son trajet. Au delà de la parotide, les rameaux nerveux présentent leur coloration normale.

Obs. XVIII. — Smellie, citée par Guéniot (*Bull. Soc. chirurg.*, 1867, p. 38). — Une femme, ayant déjà eu des accouchements très faciles et chez laquelle l'enfant se présentait par la face, était depuis longtemps en travail.

Il y avait environ les deux tiers de la tête descendus dans le bassin et le menton était arrivé jusqu'à la partie inférieure de l'ischion du côté droit. La femme était donc couchée sur le côté, un oreiller entre les genoux et les fesses sur le bord du lit, Smellie fit une application de forceps (probablement de son forceps droit)

de manière à placer les cuillers sur le côté de la tête, c'est-à-dire l'une en avant, l'autre en arrière du sacrum ; puis faisant tourner le menton de droite à gauche jusque sous l'arcade du pubis, il termina l'accouchement sans de notables difficultés.

L'enfant, ajoute-t-il, naquit avec la face toute tuméfiée et la tête comprimée ; cette *longue compression* rendit les bras de l'enfant paralytiques, mais on remédia bientôt à cet accident au moyen de frictions qu'on lui fit.

M. Guéniot admet ici la paralysie comme conséquence de la longue *compression des épaules au détroit supérieur et de la compression des nerfs circonflexes* (paralysie des deltoïdes).

Obs. XIX. — Guéniot. *Bull. Soc. chirurg.*, 1867, p. 34. *Paralysie du bras chez un nouveau-né extrait par le forceps.* — Ayant observé, dit M. Guéniot, *un exemple presque unique* de cette variété de paralysie, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de la publier, etc.

Le 4 août 1864, M..., Rosalie, *primipare*, entre à la clinique. Premières douleurs à 4 heures du soir. Dilatation du col à 8 heures 1/2 du soir (7 centim.). Présentation du sommet en O.I.D.A. restée au 1/2 sup. du détroit supérieur. Application du grand forceps de Dubois. La branche gauche introduite pénètre difficilement. La branche droite est encore plus difficile à introduire. L'extraction nécessite des tractions vigoureuses. Enfant de 3250 gr.

Les marques du forceps se voient sur la moitié gauche du front et de la face, sur le côté droit et un peu postérieur du cou. Le point contusionné correspondait exactement à la jonction du cou et de la poitrine, au niveau du bord antérieur du muscle trapèze (eschare de 1 centim.).

Le 16 août. *Onze jours après sa naissance*, la mère me fit remarquer que le bras droit était sans mouvements. Personne ne l'avait remarqué auparavant ; le bras droit pendant, inerte, contraste avec le gauche. Avant-bras passivement étendu en pronation et les doigts fléchis dans la main. Les doigts seuls sont mobiles ; le bras seul est inerte, le membre fléchi retombe ; l'épaule est encore mobile. Sensibilité bien conservée. Pas de déformation de l'épaule. Il n'existe ni luxation ni fracture, ni trace de contusion. Enfin la palpation n'indique aucun empâtement dans le membre malade.

Le 20 août. L'état général est satisfaisant, mais la paralysie persiste.

Le 25. Amélioration sensible dans l'état de la paralysie ; le bras est le siège de quelques mouvements, l'avant-bras pouvait se fléchir spontanément, la main et les doigts jouissaient de tous leurs mouvements, la plaie du cou était cicatrisée.

L'enfant fut emmené par sa mère qui l'allaitait et n'est pas revenu.

Réflexions. — M. Guéniot croit devoir attribuer ces symptômes à la contusion du plexus brachial. Il admet, comme dans le cas de Danyau, une inclinaison de la tête ayant favorisé la vulnérabilité du cou. Cette présentation inclinée est rendue vraisemblable par la longue durée du travail et par la difficulté d'introduction du forceps.

Obs. XX. — Bouchut. (*Maladies des nouveau-nés*, p. 94.) *Paralysie du deltoïde consécutive à une application du forceps.* — Dans la famille D..., l'accoucheur, M. le Dr Caron, amena au monde, à l'aide d'un forceps, une enfant que l'on croit mort pendant une heure. Sa tête était aplatie par le forceps et portait sur le front les traces d'une pression qui persistèrent quelques mois. Une fois rappelée à la vie, elle était paralysée du deltoïde gauche et son bras était immobile.

Je lui prescrivis l'électrisation et des frictions stimulantes, ce qui fut fait et ce qui amena la guérison au bout de trois mois, sans laisser d'atrophie.

J'ai revu l'enfant au bout de trois ans, et elle n'a aucun trouble du mouvement ni de l'intelligence.

Obs. XXI (inédite). — *Monoplégie brachiale congénitale par manœuvres obstétricales. Persistance des accidents pendant six ans. Guérison incomplète.* Par le Dr H. Dauchez, ancien interne de l'hôpital des Enfants. — Le 20 juin 1886, j'étais consulté par Mme L..., qui m'amenait son fils, jeune garçon de 5 à 6 ans, bien portant et régulièrement conformé, dont le bras droit semblait paralysé et pendait presque inerte le long du corps. Cette monoplégie remontait, au dire de la mère, à la naissance de l'enfant dont l'extraction avait dû être faite à l'aide du forceps. Le dégagement des épaules ayant tardé à se faire, le médecin avait

dû glisser ses doigts courbés en crochet au-dessous des aisselles pour aider au dégagement. Le tout ayant duré de cinq à dix minutes sans qu'il soit resté sur la face, ni sur les membres aucune trace de violence.

A ces renseignements Mme L..., ajoutait que le médecin de la famille, consulté au sujet de l'impotence du membre, s'était abstenu de toute intervention, avait déconseillé la faradisation, pensant que la « paralysie » guérirait d'elle-même.

Quoi qu'il en soit, le bras d'abord inerte et flasque ayant retrouvé peu à peu, spontanément six mois après la naissance, quelques uns des mouvements perdus ; Mme L..., attendit encore cinq à six ans sans plus consulter personne.

A première vue, on est frappé de la maigreur et de l'immobilité du membre et surtout de l'aplatissement des muscles deltoïdiens qui contrastent avec ceux du côté sain. Les muscles deltoïdes sus et sous-épineux angul. de l'omoplate sont manifestement atrophiés.

L'élévation de l'épaule est à peu près impossible et l'enfant, dont l'intelligence est très éveillée, ne peut réussir, malgré tous ses efforts, à tracer le signe de la croix.

Malgré l'adiposité commençante des muscles du bras, de l'avant-bras (surtout les extenseurs) les réactions électriques (faradisation) sont encore à peu près normales. Pourtant la sensibilité est conservée. Enfin, l'enfant réussit, non sans peine, à tenir une plume et à tracer quelques jambages assez réguliers.

L'exploration de la tête humérale ne révèle aucun cal et l'aisselle ne révèle l'existence d'aucune tumeur ganglionnaire.

Enfin, nous dirons que, malgré l'affaiblissement de ses muscles notre jeune malade parvient à soulever, à bras tendu, un poids de 5 à 600 grammes.

*Traitement :* frictions excitantes. Massage et faradisation des muscles atrophiés et paralysés.

Le 3 août. Nous présentons notre jeune malade à M. Hutinel (alors suppléant, comme agrégé, M. le professeur Grancher), qui nous fait remarquer l'*abduction du bras* qu'il est impossible, à l'état du repos, de rapprocher du tronc. La tête humérale, facile à sentir en raison même de l'atrophie deltoïdienne, est seule luxée hors de la cavité glénoïde et roule sous la main qui perçoit un vide manifeste au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne.

Décembre 1887. Nous revoyons notre jeune malade qui, depuis seize mois, a été soumis aux pratiques gymnastiques, hydrothérapiques, etc. Malgré la persistance du déplacement articulaire, aujourd'hui irrémédiable, la plupart des mouvements ont été retrouvés et l'écriture de l'enfant est devenue très correcte et son bras a récupéré suffisamment de force pour exécuter les mouvements habituels.

Obs. XXII. — Thèse de Nadaud 1872. (*Version.*) — Enfant d'une multipare. Version difficile. Le bras était à la vulve. La main droite, le poignet et le tiers inférieur de l'avant-bras sortis, étaient rouges et tuméfiés. Extrait par M. Bausser à la quatrième tentative de version après pesées sur les épaules. Bras inerte, insensible à la piqûre, surtout en haut. L'électrisation ne provoque aucune sensation. Inertie complète du bras et de l'avant-bras deux mois après. Pas de réflexes.

Le troisième mois, anesthésie à peu près totale du membre.

Le deltoïde, le grand dentelé, le biceps, d'autres muscles, ont perdu toute réaction électrique.

Le bras reste donc paralysé (fait très rare).

Obs. XXII *bis*. — (Communiquée par M. Bailly), thèse de Nadaud (1872). — Il s'agit d'une multipare chez qui la version fut difficile. Le bras était à la vulve, la main droite, le poignet et le tiers inférieur de l'avant-bras sortis étaient rouges, tuméfiés...

Extrait par M. Tarnier à la *quatrième tentative de version*. On fut obligé de peser un peu sur les épaules. Le bras restait inerte, pendant complètement le long du tronc ; insensible à la piqûre sauf à la partie supérieure du bras.

L'électrisation ne détermine aucune sensibilité dans le bras. Près de deux mois après, la motilité n'a fait aucun progrès, le bras et l'avant-bras sont dans une résolution complète. Pas de mouvements réflexes. La sensibilité du bras persiste jusqu'auprès du coude en avant. Plus bas, on irrite la peau sans déterminer la moindre expression de douleur.

A ce moment le malade, adressé à Duchenne par M. Depaul ; avait perdu toute réaction électrique dans le deltoïde, le grand dentelé, le biceps et plusieurs autres muscles.

Réflexions. — Fait anormal en raison de la perte défi-

nitive du mouvement, des troubles sensitifs (très rares), de la perte des réflexes

Obs. XXIII. — Dr Budin. *Bulletin médical,* 11 mars 1888 (résumée). — Françoise B..., enceinte pour la troisième fois, entre à la Clinique d'accouchement le 1er décembre 1887, à terme (grossesse normale).

Début du travail vers 8 heures du matin (perte des eaux) suivie de dilatation du col (3 centim.).

En raison d'une chute du cordon (battements faibles et ralentis), M. Budin se décide à entreprendre la version. L'enfant est placé en O.I.D.

La version fut exécutée normalement et sans accident, sauf au moment du dégagement du siège et *de la tête retenue par un léger rétrécissement du bassin* (diamètre promonto-sous-pubien, 107 millim.).

Au moment où la tête allait être dégagée un aide exécutait la manœuvre de Mauriceau, à savoir : Deux doigts de la main gauche furent placés dans la boucle et *les deux ou trois doigts de la main droite appliqués sur les parties latérales du cou,* permirent à l'opérateur de *tirer assez fortement en pressant* sur les parties latérales de la nuque.

Le 4 décembre, soit 3 à 4 jours après l'accouchement on s'aperçut que le membre supérieur droit, *complètement inerte,* demeurait pendant sur l'oreiller et un peu écarté du tronc.

On remarquait, en outre, que l'*avant-bras* reste étendu en pronation avec conservation des mouvements de flexion et extension des doigts.

*Que l'épaule restait immobile* (*paralysie deltoïdienne*), *que le bras restait placé en pronation et en extension forcée* (*paralysie des supinateurs*). La sensibilité est intacte. L'enfant présente une grande résistance électrique.

Réflexions : M. Budin admet, qu'au moment de l'extraction de la tête, les deux doigts de l'opérateur ont, par la pression un peu vive exercée sur le *point de Erb* (5e *et* 6e *nerfs cervicaux*), déterminé des accidents de compression au niveau de l'émergence de ces deux nerfs qui, comme le prouvent les travaux de Erb, Ferrier et Forgues, animent les muscles paralysés chez cet enfant, à savoir :

Le deltoïde, le brachial antérieur, le biceps, le m. supinateur. Paralysie radiculaire supérieure.

(N. B.) — Cette observation, comme on le voit, est très intéressante et très complète. Elle doit être rapprochée de l'observation rapportée par Rouland (*Th. inaug.*, 1887) et dans laquelle deux circulaires du cordon déterminèrent une double paralysie radiculaire supérieure.

## Paralysies obstétricales d'origine indéterminée.

L'observation suivante (inédite), que notre excellent ami, le Dr Babinski, chef de clinique de la Faculté, veut bien nous communiquer au dernier moment doit être classée en dehors des paralysies spontanées et de celles qui ressortissent à l'intervention obstétricale.

Très complète au point de vue descriptif, cette observation signale simplement l'application du forceps par notre distingué confrère le Dr Bonnaire, sans faire mention de la présentation, ni de la durée du travail. Bien qu'il soit impossible d'affirmer la cause de cet accident, il est à présumer, en raison de *sa localisation* sans généralisation au bras, qu'il s'est agi d'une cause également locale (compression au niveau des parois ou du col).

La guérison de ce jeune enfant vient encore à l'encontre de l'hypothèse d'une lésion centrale.

Obs. XXIV. — *Paralysie flasque de la main chez un nouveau-né* (Babinski). — Il s'agit d'un enfant que j'ai examiné pour la première fois, lorsqu'il avait l'âge de trois semaines et dont voici l'histoire.

*Antécédents héréditaires.* — Père bien portant. La mère ne connaît personne, dans sa famille, ayant présenté de maladie nerveuse ou mentale. Quant à elle-même, elle n'est atteinte, actuellement, d'aucune affection nerveuse, mais elle dit qu'elle est très impressionnable et elle raconte qu'elle a été, pendant les premiers temps de sa grossesse très frappée par la vue d'un mendiant qui avait une paralysie de la main semblable à celle que présente son enfant : elle dit que la crainte de mettre au monde un enfant difforme, l'a tourmentée pendant quelque temps.

L'accouchement a été pénible, le forceps a dû être appliqué. L'opération a été faite par le Dr Bonnaire qui nous a ensuite adressé la malade et qui affirme qu'aucune compression n'a été exercée pendant les manœuvres, sur le membre affecté.

La paralysie a été observée par les parents, pour la première fois, le lendemain de la naissance, mais ils ne peuvent dire si, le jour même de la naissance, l'affection existait déjà, car leur attention n'a pas été dirigée de ce côté.

Voici l'état de l'enfant trois semaines après sa naissance :

Le 21 avril 1888. — État général excellent ; enfant bien développé : n'a pas eu de convulsions, calme, crie très rarement ; dort bien, n'a pas de fièvre.

Quand on observe l'enfant, après l'avoir mis à nu, sans exercer aucun attouchement, on constate que ses membres effectuent, par moments divers mouvements de flexion, d'extension, etc., et il n'est possible de constater aucune différence entre les mouvements du membre inférieur droit et ceux du membre inférieur gauche. En ce qui concerne les membres supérieurs, il n'en est pas de même. Le membre supérieur gauche se meut d'une façon normale. Du côté du membre supérieur droit, on constate, que les mouvements de l'épaule et du coude existent, mais sont, peut-être, un peu plus limités que ceux du côté opposé ; quant aux mouvements du poignet et des doigts, ils manquent absolument. Tandis que la main et les doigts gauches se fléchissent et s'étendent tour à tour, la main et les doigts du côté droit sont constamment en flexion et les doigts recouvrent le pouce.

On peut modifier cette attitude, en imprimant à la main et aux doigts des mouvements passifs , mais on éprouve une légère résistance ; l'extension complète est difficile et ces manœuvres paraissent pénibles à l'enfant qui crie parfois à ce moment, tandis que l'on peut mouvoir les autres membres sans qu'il manifeste aucun mécontentement.

Nous avons cherché, par des excitations diverses, à provoquer des mouvements du côté du segment du membre affecté, et le résultat a été négatif.

Il n'y a pas de différence de volume, nettement appréciable, entre les divers segments du membre supérieur droit et ceux du membre supérieur gauche. La sensibilité de la main atteinte n'est pas abolie, car l'enfant réagit sous l'influence d'excitations portées

sur la zone affectée ; mais il ne nous a pas été possible de constater s'il existait une différence dans le degré de sensibilité des deux mains. Pas de troubles trophiques. L'étude électrique a offert des difficultés. Nous avons employé des courants induits faibles, mais pourtant assez intenses pour provoquer des contractions musculaires chez un adulte. Chez cet enfant, voici ce que nous avons observé : Nous avons, tout d'abord, électrisé les muscles du membre supérieur gauche, c'est-à-dire du côté sain ; et nous n'avons pas obtenu de contractions localisées correspondant aux muscles électrisés, mais des mouvements généralisés à tout le membre et même aux autres membres et qui étaient analogues aux mouvements que l'on obtenait en irritant le membre par le pincement de la peau. Nous n'avons pourtant pas voulu, au début du moins, employer des courants plus énergiques, car les courants plus faibles paraissaient déjà pénibles.

L'électrisation du membre malade donne les mêmes résultats ; mais la main et les doigts restent immobiles. Nous engageons alors la mère à venir avec son enfant, trois fois par semaine, pour électriser les muscles du membre affecté, particulièrement les muscles de l'avant-bras, et nous nous proposions d'augmenter, petit à petit, l'intensité des courants. Voici ce que nous avons observé depuis :

23 avril. *Deux jours après le premier examen.*

La mère nous dit que l'avant-veille, jour du premier examen où l'enfant a été électrisé, il a été moins calme que d'habitude, que le sommeil était un peu agité. La mère a observé la veille, et cela pour la première fois, un léger mouvement du petit doigt. L'enfant est de nouveau électrisé, comme la première fois, avec des courants de même intensité.

Le 25. La mère a fait les mêmes observations que la première fois : Agitation le jour de la visite ; mouvement du petit doigt un peu plus étendu.

27 avril. Mêmes remarques. Nous observons des mouvements du petit doigt et quelques mouvements dans l'index.

Le 30. L'amélioration s'accentue. Outre les mouvements du petit doigt et de l'index, quelques mouvements de l'annulaire et du médius. Le pouce et le poignet sont encore immobiles. Les mouvements passifs des doigts et du poignet sont un peu plus faciles et sont mieux supportés par l'enfant.

2 mai. Quelques mouvements du poignet.

Il nous semble inutile de rapporter, jour par jour, les modifications qui se sont produites depuis. Qu'il nous suffise de dire que l'amélioration a été en s'accentuant d'une façon continue. Après les mouvements du poignet, le pouce à commencé à se mouvoir à son tour, et finalement, trois semaines après le premier examen, l'enfant paraissait complètement guéri; car il était impossible de percevoir la moindre différence entre les mouvements du poignet et des doigts du côté droit et ceux du côté gauche. Notons, qu'en raison de l'amélioration rapide qui s'est produite, nous n'avons pas cru devoir employer des courants plus forts que ceux dont nous nous étions servis au début.

Obs. XXV. — *Paralysie radiculaire d'origine obstétricale.* Observation inédite recueillie par le Dr Monnier. *Luxation sous-glénoïdienne double par élévation forcée des deux bras au moment de l'accouchement* (*Atrophie consécutive*). Impotence fonctionnelle. François X..., 4 ans, assez vigoureux quoique un peu grêle, a été mis au monde en Bretagne par une sage-femme qui, pour hâter la sortie de l'enfant, a exercé de violentes tractions sur les pieds (*présentation du siège, mode des pieds*). Le lendemain on s'aperçut que les bras étaient écartés du tronc, en rotation en dedans, comme maintenant.

Le onzième jour après la naissance voyant les accidents persister, la sage-femme consulte le Dr M... de Quimperlé qui diagnostique une luxation double de l'épaule. Aucun traitement n'est institué.

Depuis lors l'enfant, présenté à un autre médecin, a été électrisé pendant six mois en 1886.

Indolence apparente, mais impotence absolue des deux bras.

*État actuel :* Bras très amaigris, en pronation accentuée presque forcée, mains fermes, avant-bras un peu fléchis, coudes à quelques centimètres du tronc. Il faut presser assez fortement sur ceux-ci pour les faire toucher au thorax, ce qui détermine, du côté de l'angle inférieur de l'omoplate, une légère inclinaison de la colonne vertébrale.

Dépression sous-acromiale; mais qui n'est bien perçue que par le doigt qui s'engage un peu entre la tête humérale et la voûte acromio-coracoïdienne.

La tête humérale, en partie dans l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde, en partie au-dessous et en avant, est surtout perçue lorsque le bras est en abduction. L'omoplate suit tous les mouvements de l'humérus, à moins qu'on ne l'immobilise fortement. On perçoit alors des mouvements articulaires, surtout ceux de rotation.

*Atrophie de tous les muscles de l'épaule.*

*Corde formée par le petit rond et le sous-épineux.*

*L'enfant se sert à peine de ses mains et peut difficilement serrer les doigts qu'on lui présente.*

La sensibilité paraît intacte.

Un appareil plâtré a été appliqué pendant trois mois sur le bras gauche, sans produire aucun résultat.

## Conclusions.

I. — Dans l'état actuel de la science et malgré la classification plus fictive que réelle établie au début de ce travail, il faut distinguer dans les paralysies obstétricales congénitales deux ordres de faits :

A. — Les paralysies dites spontanées, liées à une compression du fœtus indépendamment de toute intervention opératoire.

B. — Les paralysies traumatiques post-opératoires (forceps, traction, version) portant sur la face, sur les membres supérieurs ou inférieurs.

II. — A côté de ces paralysies viennent se placer les pseudo-paralysies obstétricales dans lesquelles la paralysie est simulée par la luxation uni ou bilatérale d'un membre supérieur (obs. XXV), primitive ou secondaire.

III. — Les paralysies obstétricales portent presque exclusivement sur le mouvement et respectent la sensibilité dans la plupart des cas.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^ie, HAVRE